

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Médecine et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse et Traitement :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Défaut et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

clamation	: contact@mupras.com
case en charge	: pec@mupras.com
adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Siège : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0006091

64493

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07364

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MENOURY AMINE

Date de naissance :

23/05/1970

Adresse :

Tél. : 0666266842

Total des frais engagés :

120.10

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL JABIRI Mina
Médecin Généraliste
N° 119 Lot 21 Adarissa
Sidi Maârouf - Casa
Tél : 06 70 60 39 37 - 05 22 97 37 25

Date de consultation : 01/03/2021

Nom et prénom du malade : BEN NIS KAOUIAR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Calapathie + sinus + hémorragie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/03/21

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
01				SIIDI MABROUK - CASA
03	C		150,00	N° 119 Lot 12 Adressa
2021				Médecin Généraliste Dokteur EL JABIRI Mina

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie DAOUSSI Dr. DAOUSSI Rachid 38, Lot. Al Ghadames Sidi Maâaoui - Casablanca +212 522 58 30 74</p>	20/03/2021	270.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

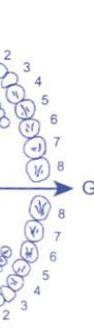
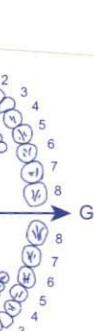
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient des travaux													
				Montants des soins													
				Début d'exécution													
				Fin d'exécution													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Montants des soins
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis													
				Date de l'exécution													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Dr. EL JABIRI MINA

Médecine Générale
CERTIFICAT UNIVERSITAIRE
D'ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE

Casablanca, le : 01/03/2022

ORDONNANCE

BN 034683
DOM 12/2020
EXP 12/2022

3079956

A consigner à la pharmacie de la maternité.
LOT: 200373
DLUD: 11/2023
63,30DH

1) - ballon gel S.V
18x31 28em

PFV 5 CDH 40
PER 10/23
LOT J2929
50,40

2) - Neelgel cp
50,40

Lot :
DLC :
P.P.C : 79,00 DH

3) - D stes
29,-

DS10/20
10/2023

4) - Gavisun cpi
48,40

105x30

5) - Pieno faste soap
14,50

14,50

06 70 80 39 37 - 05 22 97 37 25 - المحمول : معرف الدار البيضاء - الهاتف :

N° 119 - Lot. Al Adarissa - Sidi Maârouf - CASABLANCA - Tél. : 05 22 97 37 25 - GSM : 06 70 80 39 37

الحكومة المغربية - منصة
يحرك جيداً في الشرب.
لا تتركه في متداول الأطفال.
 يتم التخزين في درجة حرارة أقل عن 30 مئوية.
 لا يجف المحتوى على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.

ien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.
enir hors de portée des enfants.

abricant titulaire de la licence au Royaume Uni:

Beckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.

aviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.
iliser dans les 6 mois après ouverture.

MM No 104/14 DMP/21

PV: 48 DH 40